

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

521

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE GALLAIS

Ancien Interne pr. des Hôpitaux de Paris

Né le 25 Juin 1900, à Rouillac (Charente)

Travail du Service du Docteur GERNEZ

Oblitération du Cul-de-Sac de Douglas

COMME COMPLÉMENT

DE L'HYSTÉROPEXIE

(Cloisonnement étagé par fermeture en bourse)

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1927

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE GALLAIS

Ancien Interne pr. des Hôpitaux de Paris
Né le 25 Juin 1900, à Rouillac (Charente)

Travail du Service du Docteur GERNEZ

Oblitération du Cul-de-Sac de Douglas

COMME COMPLÈMENT

DE L'HYSTÉROPEXIE

(Cloisonnement étagé par fermeture en bourse)

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	HEITZ-BOYER . . .	Urologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	HOVELACQUE . . .	Anatomie.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.	HUTINEL	Pathologie médicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
BINET	Physiologie.	LABBÉ (Henri) . .	Chimie biologique.
BLANCHETIÈRE . . .	Chimie biologique.	LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgi- cale.
BROCQ	Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
CHABROL	Pathologie médicale.	LIAN	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	METZGER	Obstétrique.
CLERC	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ	Hygiène.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	MULON	Histologie.
DOGNON	Physique.	PHILIBERT	Bactériologie.
DONZELOT	Pathologie médicale.	QUÉNU	Pathologie chirurgi- cale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils	Physiologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	SÉZARY	Dermatologie et sy- philigraphie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
GATELLIER	Pathologie chirurgi- cale.	VELTER	Ophtalmologie.
HARVIER	Pathologie médicale.	VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.	RETTERER	Histologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	VILLARET. . . .	Clinique médicale.
LEREBoullet. . .	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS PATERNELS

A LA MÉMOIRE
DE MON GRAND-PÈRE MATERNEL

A LA MÉMOIRE DU D^r MALAPERT (PROSPER)

*Qui nous donna l'un des premiers le
goût de la pathologie chirurgicale.*

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*A qui je dois tout. En témoignage de
ma profonde affection filiale.*

A MA GRAND'MÈRE MATERNELLE

*En témoignage de grande piété
filiale.*

AUX MIENS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

· COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE GYNÉCOLOGIE A LA FACULTÉ ..
DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BROCA

*En reconnaissance du grand honneur
qu'il nous a fait en présidant cette
thèse.*

A M. LE DOCTEUR GERNEZ

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

*En témoignage de profonde gratitude
et de grande amitié.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE POITIERS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

Externat

- 1923-24 M. LE DOCTEUR DUJARIER (BOUCICAUT)
1924-25 M. LE DOCTEUR SAINTON (TENON)
1925-26 } M. LE DOCTEUR FAROY (LA PITIÉ)
 } M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE (MATERNITÉ
 DE LARIBOISIÈRE)

Internat provisoire

- 1926-27 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALGLAVE
 (BEAUJON)
1927-28 } M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CH. RICHET
 } (Trousseau).
 } M. LE DOCTEUR GERNEZ (Broussais).

MM. LES DOCTEURS ROUHIER, GUIMBELLOI,
GUÉNIOT, J. BERGER, GOUVERNEUR, LÉ-
CHELLE, MÉDECINS, CHIRURGIENS ET ACCOU-
CHEURS DES HOPITAUX.

MM. LES DOCTEURS PÉRON, TOURNEIX (*in memo-
riam*) LAPORTE ET LEPAUMIER.

Avant-Propos

Avant de terminer nos études médicales, qu'il nous soit permis de remercier nos maîtres dans les hôpitaux de Poitiers. C'est aux docteurs Malapert (*in memoriam*), Beauchant et Chrétien que va notre meilleure pensée.

Ils nous guidèrent au tout début dans l'art de la médecine et de la chirurgie.

Notre externat à Paris commença chez le Docteur Dujarier qui avait le don de faire saisir, par un mot précis, le point important de chaque question.

Nos deuxième et troisième années d'externat furent destinées à la médecine chez nos maîtres Sainton et Faroy.

Nous fûmes initiés ensuite à l'art des accouchements par le Docteur Devraigne, toujours paternellement bon pour nous ; nous le remercions de la clarté avec laquelle il a su nous enseigner l'obstétrique.

Notre première année d'internat, à Beaujon, chez notre maître le Professeur agrégé Alglave nous permit de saisir de plus près les détails de technique chirurgicale ; c'est chez lui que nous rencontrâmes

notre compatriote et ami le Docteur Guimbellot qui voulut bien guider nos premiers pas dans l'art d'opérer : Il sut s'offrir souvent comme aide et rendre ainsi vraiment utiles pour nous les premières leçons de chirurgie appliquée.

L'année suivante fut commencée chez le D^r Ch. Richet à Trousseau. Il sut nous initier d'une façon à la fois agréable et méthodique à cette science si délicate et si spéciale qu'est la pédiatrie.

Nous avons continué et terminé chez notre excellent maître le D^r Gernez que nous remercions tout particulièrement de son bon accueil et de sa grande cordialité.

Il fut plus pour nous un ami qu'un maître. Il nous permit, tant par ses démonstrations pratiques que par ses conseils judicieux, d'élargir considérablement nos connaissances chirurgicales théoriques et cliniques.

C'est lui qui nous suggéra l'idée de cette thèse, pour laquelle il voulut bien nous confier un grand nombre de ses observations personnelles.

Qu'il nous soit permis ici de lui témoigner, par ce simple travail, toute notre gratitude et toute notre reconnaissance pour tous les services qu'il nous a aimablement rendus.

Introduction

Depuis une huitaine d'années déjà, notre maître Gernez, pratique le cloisonnement du Douglas dans l'hystéropexie.

C'est par l'étude d'une centaine de malades opérées par lui et dont il a bien voulu nous communiquer les observations et les résultats à distance, que nous avons pu apprécier la valeur de cette nouvelle méthode qui sera l'objet de notre thèse.

Après un court rappel anatomique pour permettre de comprendre comment l'utérus est entouré et soutenu normalement, nous montrerons comment progressivement la constatation d'un très grand nombre de cas nous a amenés à supprimer la surface irritée du péritoine pelvien en fermant le cul-de-sac de Douglas.

Nous ne passerons pas en revue dans un troisième chapitre les procédés de fermeture du Douglas qui sont du domaine de l'histoire et ne doivent pas être retenus parce que créés dans un but tout autre.

L'historique sera forcément rudimentaire du fait de la nouveauté du procédé et du but très particulier qu'il cherche à obtenir. C'est pour cette même

raison que la bibliographie sera pratiquement inexistante ; aucune publication, même récente, n'ayant encore eu trait à ce sujet.

Après un chapitre de technique opératoire où nous nous efforcerons de préciser un certain nombre de points de détail qui nous ont paru importants et qui appartiennent en propre à notre technique ; nous étudierons dans un dernier chapitre les indications de ce procédé au cours des hystéropexies pour rétro-versions, limitant volontairement notre sujet pour l'examiner de plus près.

Nous discuterons les avantages de la méthode et pour terminer nous citerons les résultats obtenus.

Nous présenterons les résultats secondaires, précoces ou tardifs que nous avons pu réunir. Malheureusement, on sait avec quelle difficulté les malades se soumettent à un nouvel examen. Parmi ceux qui se trouvent soulagés, bien peu reviennent aux consultations du fait même qu'ils ne souffrent plus et ont pu reprendre leurs occupations.

Nous apporterons enfin un cas de grossesse survenue secondairement à une intervention pour rétroversion suivant la technique préconisée.

Cette preuve indiscutable montre l'innocuité absolue et la valeur curatrice de la méthode par le développement même de l'utérus gravide, sans la moindre complication.

CHAPITRE I

Rapports anatomiques et statiques de l'Utérus normal Physiologie et Innervation

Situé entre la vessie en avant et le rectum en arrière, l'utérus offre avec ces deux organes, des rapports péritonéaux différents.

En avant le cul-de-sac vésico-utérin est à peine marqué, en arrière au contraire le cul-de-sac utéro-rectal, dit de Douglas, est normalement beaucoup plus profond.

Il correspond anatomiquement de haut en bas sur une coupe sagittale :

— Au corps utérin ;

— A l'isthme ;

— Au col, empiétant même de 15 millimètres en bas en regard du cul-de-sac postérieur du vagin.

Latéralement il est bridé par les puissants ligaments utéro-sacrés ou ligaments de Douglas, qui renforcent et surplombent en margelle l'excavation où s'enfonce le rectum.

Sur l'utérus normal, ce profond cul-de-sac péritonéal de Douglas joue non seulement un rôle de glissement entre l'utérus et le rectum, mais un rôle de soutien de l'utérus par sa charpente ligamentaire.

Les deux aponévroses sacro-recto-génito-pubiennes solidarisent en quelque sorte les viscères pelviens entre eux. Leurs insertions osseuses invariables en avant sur le pubis et en arrière sur le sacrum en font de puissantes amarres rigides et inextensibles.

Des diverses portions de ces aponévroses, la plus résistante est précisément la partie postérieure, répondant au cul-de-sac de Douglas, au niveau des puissants ligaments utéro-sacrés.

« La puissance de ces ligaments utéro-sacrés, selon le Professeur J.-L. Faure, est considérable : ils s'opposent, dit-il, au déplacement du col vers la symphyse et, au cours d'une hystérectomie totale, ils doivent être tranchés avec des ciseaux au ras de l'utérus, car ils sont assez solides pour résister à des tractions énergiques ».

La charpente du Douglas constituée essentiellement par les ligaments utéro-sacrés contribue non seulement au soutènement utérin mais joue un rôle primordial dans la statique utérine.

Rapportons-nous en à l'exposé clair et concis

qu'en a fait le Professeur Le Dentu au cours de l'une de ses cliniques à l'Hôtel-Dieu.

« L'axe de rotation de l'utérus pendant ses mouvements de bascule en avant et en arrière se trouve au niveau de l'isthme. Au point de vue des mouvements physiologiques de l'organe, nous devons envisager séparément sa partie supérieure et sa partie inférieure.

Lorsque les ligaments ronds entrent en jeu, leur mise en action tend à faire basculer l'utérus en avant. Quand ce sont les ligaments utéro-vagino-recto-sacrés qui entrent en jeu, ils tirent sur le col d'avant en arrière. Par conséquent, l'utérus peut être considéré comme un *mouvement de sonnette*, fixé par son milieu et dont les deux branches sont attirées en sens inverse par un fil supérieur et un fil inférieur. Quels que soient, pour l'utérus, les ligaments qui entrent en action, le résultat de leur contraction est toujours le même : *c'est le maintien ou l'inclinaison de l'organe en antéverson*.

Au lieu de contraction, y a-t-il relâchement ? l'utérus tend à tomber en arrière. S'il y a relâchement des ligaments utéro-sacrés *le col de l'utérus se déplace en avant*, le corps tend encore à basculer en arrière..... En résumé, on voit donc que DANS LA RÉTROVERSION LES LIGAMENTS RONDS NE SONT PAS SEULS EN CAUSE ; un processus de relâchement des ligaments utéro-sacrés ou ligaments de Douglas contribue, dans une large part, à *amorcer* ou à *compléter* le mécanisme de bascule ».

Dans l'hystéropexie simple on cherche à pallier à l'allongement pathologique des ligaments ronds ; pourquoi ne pas compléter avantageusement l'opération en corrigeant le deuxième grand facteur de la rétroversion : le relâchement des ligaments de Douglas ?

Mais là n'est pas le but essentiel de notre méthode.

Il est à remarquer en effet que les ligaments utéro-sacrés ne sont pas de simples amarres « mortes » douées d'un seul pouvoir dynamique. Ils sont des porte-nerfs et à ce titre ils jouent un rôle fondamental dans la symptomatologie de la rétroversion.

Sans entrer dans le détail des études nombreuses qui ont été faites sur l'innervation de l'utérus, rappelons que ces ligaments de Douglas sont surtout le lieu de passage des filets du sympathique pelvien, venant du ganglion para-utérin.

Si des divergences de forme ou de dispositions anatomiques ont pu séparer certains auteurs, comme Latarjet et Hovelacque, il est un fait certain et actuellement admis par tous : c'est l'existence de nombreux filets nerveux sympathiques dans le cul-de-sac et surtout dans les replis utéro-sacrés.

Nous verrons ultérieurement ce que l'anatomie nous explique et quelles conséquences opératoires nous en avons déduites.

CHAPITRE II

Comment nous avons été amenés à préconiser cette méthode

Depuis fort longtemps, nous avons été frappés de l'aspect spécial de ces femmes, généralement jeunes, chez lesquelles les douleurs très particulières et les troubles sympathiques étaient la note dominante dans la symptomatologie.

L'examen attentif d'un très grand nombre d'observations nous avait permis de remarquer une forme de douleurs peu banales et toujours identiques à elles-mêmes : LES DOULEURS SACRÉES.

Presque toutes les femmes qui consultent viennent pour des douleurs spontanées, d'intensité variable, mais toujours rebelles et particulièrement gênantes. Elles sont en effet exacerbées au moindre effort, à la moindre marche, souvent même une station debout ou un travail un peu prolongé les réveille.

Si on examine la femme *entièrement nue* et *debout* et si on lui fait préciser *du doigt* le siège maximum de ses douleurs, on observe alors que ses prétendues « douleurs de reins » siègent, en réalité, NON PAS DANS LA RÉGION LOMBAIRE, MAIS DANS LA RÉGION SACRÉE.

Il était donc possible d'orienter déjà les symptômes sur une lésion — primitive ou secondaire — du plexus sacré et non pas des racines lombaires.

Les troubles sympathiques avaient de même attiré notre attention. La plupart de ces femmes offraient en effet un certain nombre de signes qualifiés de troubles réflexes ou de troubles sympathiques (dont nous ne discuterons pas la pathogénie).

Beaucoup de malades viennent en effet demander conseil pour un ensemble de symptômes qui peuvent, au début, égarer le diagnostic.

La céphalée est un signe fréquent. L'insomnie, l'irritabilité, les modifications du caractère sont d'observation courante.

Les troubles psychiques ont pu, dans certains cas, dominer la scène : asthénie générale, mélancolie, neurasthénie, parfois même idées de suicide.

Très fréquemment il s'agissait d'une prédominance gastro-intestinale : inappétence, état nauséux, vomissements.

La perte de l'appétit, l'alternative de diarrhée et de constipation, l'entérite simple ou muco-membraneuse, avaient, dans certains cas, amené un amaigrissement impressionnant.

Dans tous les cas, nous avons été frappés de voir dominer dans la symptomatologie fonctionnelle de ces malades les douleurs sacrées et les troubles sympathiques qui faisaient de ces femmes de véritables impotentes, incapables de la moindre besogne, même minime et dont la vie entière allait du lit à la chaise-longue.

Chez ces femmes opérées et revues à intervalles éloignés nous n'avions pas été entièrement satisfaits du résultat opératoire obtenu par la seule fixation ligamentaire.

Si les troubles ménorrhéiques et les symptômes physiques avaient disparu ou s'étaient amendés dans de notables proportions, il était rare de ne pas voir persister des douleurs rebelles, des céphalées, des troubles gastro-intestinaux, des modifications du caractère, qu'aucun traitement n'améliorait.

Notre maître s'aperçut que ces femmes avaient non pas une affection localisée, une affection *d'organe*, mais une maladie plus générale, une affection *d'organisme* : la *ptose pelvienne*.

Ces femmes étaient des ptosiques et l'ensemble des symptômes permettait déjà de penser à un réflexe sympathique dont le point de départ était vraisemblablement l'irritation du péritoine pelvien.

C'est alors que dans une deuxième phase nous pûmes constater « de visu » les lésions anatomo-pathologiques au cours même des laparotomies.

Ce qui frappait en premier lieu, c'était *l'état variqueux*, anormalement développé, du système veineux du petit bassin.

Les pédicules vasculaires de l'utérus et des annexes étaient gonflés et surtout tortueux, avec des dilatations ampullaires rappelant en tout point le varicocèle des veines funiculaires chez l'homme.

Ces lésions sont toujours accompagnées d'une stase pelvienne sanguine généralisée : c'est LE VARICOCÈLE PELVIEN.

Toujours ou presque toujours on note une petite quantité de sérosité au fond du Douglas, exsudat d'origine péritonéale due sans doute à l'hyperhémie.

L'utérus lui-même est gorgé de sang, augmenté dans sa masse ; le dôme est volumineux, mou, turgescent et tombe de tout son poids dans le fond du Douglas qu'il allonge et étire. On l'en retire parfois difficilement et grâce à une traction forte. Au moment de son issue, hors du fond du Douglas, le corps utérin fait entendre un bruit aspiratif, à timbre hydro-aérique, traduisant un glissement à force avec raréfaction d'air : *c'est le bruit du bouchon d'une bouteille qu'on débouche.*

Parfois à l'intervention, il était possible de noter l'amorce d'une torsion salpingienne qui, nous le savons, peut se voir, même sur une trompe saine.

Il était habituel de noter des adhérences tubaires et ovariennes, l'ovaire plaqué à la paroi. Les anses intestinales fréquemment prolabées provoquaient un *tiraillement méésentérique* indéniable qui n'était peut-être pas étranger à la symptomatologie douloureuse. Et il est hors de doute que toute

irritation, même légère (simple pesanteur ou simple distension) suffit à éveiller une douleur exquise en ce point déclive du péritoine pelvien :

Le réflexe douloureux du Douglas est une notion actuellement bien connue, mise au début en lumière par Richelot et Albertin. Au cours de toute intervention gynécologique, le seul fait de tamponner ou de pincer le péritoine du Douglas provoque — malgré la narcose la plus complète — un réflexe douloureux avec une réaction plaintive. Personne n'ignore la douleur exquise du cul-de-sac postérieur au cours d'un épanchement, même aseptique ; au cours de la grossesse extra-utérine, c'est un signe classique de grosse valeur.

Aussi, de par la connaissance de ces lésions anatomiques jouant toutes le rôle d'épine irritative, et de par la connaissance du réflexe sympathique du Douglas, notre maître le D^r Gernez a pensé qu'on pouvait supprimer *le réflexe irritatif* partant de la surface sensible en fermant le Douglas, rendant ainsi virtuelle cette large surface de contact : *c'était là l'idée nouvelle du principe de notre méthode.*

La fermeture du Douglas par accollement de ses parois aura donc un double rôle.

1°) DE SOUTENIR L'UTÉRUS .

Lorsqu'on corrige par une intervention appropriée la faiblesse des moyens de soutien sans toucher au Douglas, la poussée abdominale va s'exer-

cer dans l'axe du vagin ; elle va permettre petit à petit aux lésions de reprendre et le cul-de-sac de Douglas, profondément ouvert, sera par sa béance une amorce toute prête à une récurrence de rétroversion.

« C'est ainsi qu'agirait une opération de pointe de hernie dans laquelle on se contenterait de reconstituer la paroi abdominale, sans agir en même temps sur le conduit péritonéal, amorce ultérieure et constante de hernie. » (Rousseaux, th. de Paris 1909).

Pour faire œuvre utile il semble donc rationnel de redonner au Douglas ses formes et dimensions primitives, lui permettant de jouer à nouveau son rôle de soutien.

2° SUPPRIMER L'ÉPINE IRRITATIVE

Car, répétons-le, ce rôle mécanique n'est que bien secondaire : CE QU'ON VISE SURTOUT PAR LE COMblement DU DOUGLAS C'EST DE SUPPRIMER LES SURFACES PÉRITONÉALES DE CONTACT, dont les terminaisons nerveuses viennent à un moment donné à être irritées soit par une récurrence de rétroversion, soit par un prolapsus annexiel, soit seulement par la stase sanguine du pelvis.

Seul le cloisonnement permet de *guérir* vraiment la rétroversion en diminuant, voire même en supprimant sa symptomatologie fonctionnelle.

Que donne l'examen à distance de ces opérées ?

Elles ont subi dans presque tous les cas une métamorphose complète. Ce qui frappe surtout c'est l'état d'euphorie qu'elles ne connaissaient pas auparavant. Elles souffrent parfois certes (et ce point n'est peut-être pas mis assez en lumière lorsqu'on parle des suites d'hystéropexies) ; elles souffrent au niveau de la paroi abdominale, au niveau de *l'insertion reportée* des ligaments ronds.

Mais, ceci mis à part, elles ont obtenu un soulagement souvent considérable, toujours très appréciable.

Elles peuvent reprendre leurs occupations, leur travail, leur vie en un mot.

Il ne s'agit pas ici de dénigrer l'hystéropexie simple qui, nous le savons, donne des résultats dans la règle très satisfaisants ; toutefois il nous a paru que le cloisonnement du Douglas venait compléter avantageusement la seule hystéropexie.

Pour réaliser ce cloisonnement, nous nous sommes ralliés à la méthode du cerclage en bourse par voie abdominale.

Cette méthode nous paraît la plus simple, la plus sûre et la plus rationnelle.

CHAPITRE III

Historique

Nous nous excusons de l'extrême brièveté de ce chapitre.

Nous ne pouvons pas, en effet, nous arrêter aux procédés anciens ayant pour but de fermer le cul-de-sac de Douglas depuis Schultze, en 1882, jusqu'en 1906, avec le Professeur P. Duval.

Toutes ces méthodes n'ont rien de commun avec ce que nous décrivons, ni comme technique, ni comme but.

Nous ne rappellerons pas, non plus, les multiples procédés d'hystéropexie, ce qui sortirait du cadre que nous nous sommes tracé.

Citons simplement la technique récente de M. le Professeur agrégé Marion, qui ressemble, par quelques points, à ce que nous préconisons. Encore s'agit-il là, d'un simple résultat mécanique, cherchant à lutter contre le prolapsus utérin des vierges.

Le D^r Gernez eut en effet le premier l'idée d'appliquer la suppression du Douglas par son cloisonnement en étages *dans un but tout à fait nouveau*, il cherchait à lutter contre l'irritation (soit par tiraillement, soit par compression, soit par adhérences) des terminaisons sympathiques du péritoine rétro-utérin.

La seule façon pratique de lutter contre cette irritabilité consiste en l'accollement des deux feuillets séreux, isolant ainsi les terminaisons nerveuses si sensibles des organes de voisinage.

CHAPITRE IV

Le cloisonnement du Douglas par fermeture étagée en bourse. — Technique

La technique du cloisonnement est extrêmement simple. Elle constitue le premier temps de la fixation utérine. Elle précède l'hystéropexie proprement dite à laquelle elle s'associe avantageusement dans tous les cas qui nous occupent.

La technique décrite ici est celle qui fut pratiquée dans toutes les interventions que nous relevons et en particulier dans les quelques observations que nous publions.

PRÉPARATIFS. — La préparation est rigoureusement la même que celle de toute intervention pelvienne chez la femme.

On placera la malade en Trendelenburg pour faciliter le refoulement des anses intestinales.

Après la laparotomie médiane sous-ombilicale et la mise en place de la valve-écarteur à *titre provisoire*, on refoule les anses qu'on isole et protège en même temps par trois champs abdominaux.

Le premier temps consiste à aller à l'utérus et aux annexes qu'on observe attentivement.

On enlève définitivement la valve pour rejeter l'utérus en avant et pour mieux voir ainsi les ligaments utéro-sacrés. On maintient la béance de la brèche abdominale par la mise en place du laparostat de Dartigues qui donne du jour sans provoquer de gêne.

De cette façon, on peut manœuvrer et coudre aisément dans la profondeur avant de serrer le premier étage de ligature.

Généralement, le corps utérin est gros, rouge, gorgé de suc, fortement congestionné au niveau du fond qui représentait sur la femme debout le point déclive de la rétroversion.

Dans tous les cas, le Douglas apparaît dès la préhension du dôme utérin. Souvent on doit le dégager en fixant par une pince les annexes prolabées.

Ce qui frappe dans tous les cas c'est l'agrandissement de la cavité rétro-utérine et surtout son augmentation en profondeur.

Parfois le fond du Douglas contient une ou deux annexes fortement prolabées, mais très souvent il contient, en outre, une cuillerée à café de liquide citrin. La toilette est faite rapidement par une compresse montée sur une pince-longue.

1^{er} temps. — Dans ces conditions le temps principal (cloisonnement) peut être envisagé.

Pour ce faire, quel hystérolabe faut-il employer?

La pince de Museux est à rejeter d'emblée. Par ses mors elle traumatise fortement un utérus à conserver.

Le meilleur hystérolabe semble être celui du Professeur J.-L. Faure ; encore nous semble-t-il préférable de n'en prendre aucun. Il nous a toujours paru plus commode et moins nocif d'agir indirectement en faisant la traction instrumentale par les ligaments ronds.

Ce procédé, d'une sécurité suffisante, consiste à saisir les deux ligaments ronds près de leur origine



FIG. 1

PINCE A PLATEAUX (vue de profil du 1/3 inf^r)

Les ligaments ronds sont *retenus* par les pinces, au-dessus des plateaux, au niveau de l'espace libre séparant les deux branches, *mais non comprimés*.

(Avantage sur l'hystérolabe ou la pince de Museux).

par deux pinces à plateaux (juste au-dessus des plateaux et entre l'écartement des deux branches). De cette façon on ne fait aucune pression et on ne traumatise aucun organe (fig. 1).

De la main droite, l'aide tient les deux pinces à plateaux par leurs anneaux.

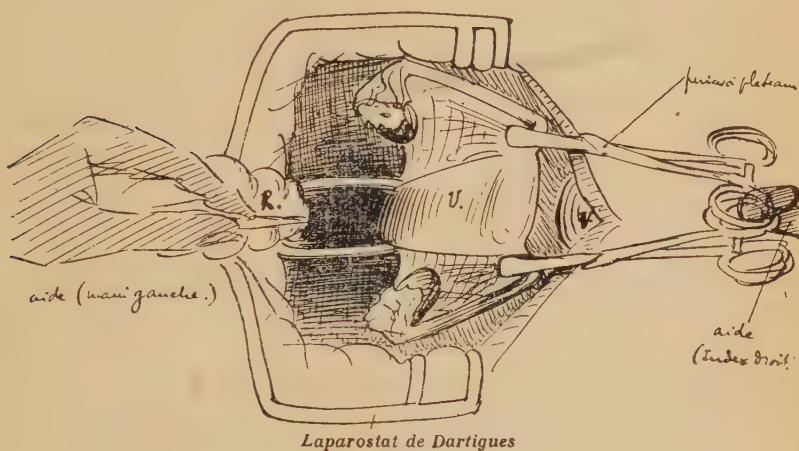


FIG. 2

VUE SCHÉMATIQUE DU BASSIN

La traction manuelle du rectum par sa bandelette antérieure et de l'utérus par les ligaments ronds met en saillie les deux cordes longitudinales constituées par les ligaments utéro-sacrés.

De la main gauche il attire en haut et en avant le rectum pelvien. Cette traction doit être énergique, elle se fera de préférence sur la bandelette antérieure du rectum. Il faut tirer fort, comme pour arracher le rectum du pelvis (fig. 2)

Le Douglas remonte ainsi, il devient plus facilement accessible et met bien en évidence la double saillie des ligaments utéro-sacrés (fig. 2 bis).

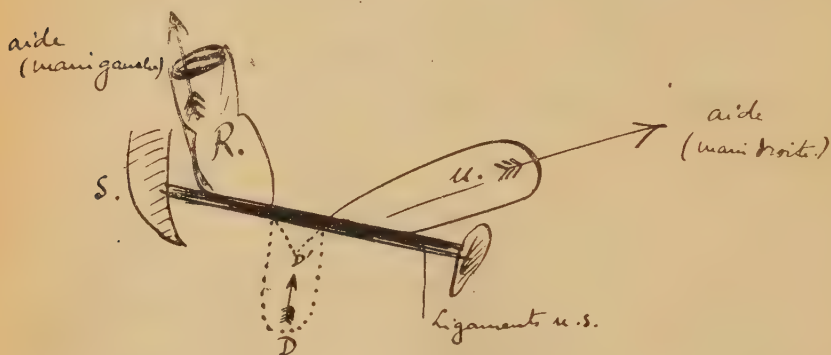


FIG. 2 bis

SCHEMA montrant comment la traction de l'utérus et du rectum fait remonter le cul-de-sac de Douglas de D en D'

2° Temps. — Le cerclage du Douglas.

Retenons tout d'abord comme principes généraux de l'intervention :

1°) Les fils doivent faire le tour complet du Douglas et l'aiguille doit prendre un nombre de points sérieux suffisant pour constituer une fermeture solide et hermétique.

2° Les fils devront être à la fois péritonéaux et sous-péritonéaux, de façon à prendre dans toute son épaisseur le péritoine et le tissu cellulaire sous-séreux ; assurant ainsi au surjet une solidité maximum.

MATÉRIEL. — Pour ce temps opératoire, l'instrumentation est des plus simples.

a) *Pince*. — Une pince à griffes ou pince à disséquer peut suffire, à condition qu'elle soit LONGUE.

Il ne faut pas oublier, en effet, que le Douglas est parfois démesurément « approfondi » et qu'on travaille au fond d'un véritable puits, surtout pour le premier surjet du cloisonnement.

b) *Aiguille*. — La forme de l'aiguille est encore plus importante.

L'aiguille de Reverdin est insuffisante à elle seule. Elle ne peut servir que pour compléter la fermeture du cul-de-sac.

Il nous a toujours paru préférable d'employer au début du surjet L'AIGUILLE A PÉDALE DE TRÈS GRANDE COURBURE.

Elle est très commode pour l'opérateur et facilite incontestablement le rôle de l'aide. La courbure doit être très grande (180° au moins). De cette façon seulement, il sera possible d'embrocher à la fois suffisamment de péritoine pour pouvoir lier la bourse convenablement.

Dans tous les cas, l'aide devra, pour agir correctement et utilement, présenter au chirurgien le fil au bout d'une longue pince.

c) *Fil*. — Le fil qui nous semble le meilleur est le fil résorbable. La grosseur, bien que variable suivant les cas, ne doit pas dépasser une certaine limite, surtout en cas de péritoine friable. Une trop

petite dimension pourrait, à l'opposé, nuire par sa faiblesse, en empêchant de serrer la bourse, ou par sa ténuité en coupant le péritoine. Aussi, dans la plupart des cas avons-nous employé les catguts n° 1 ou n° 0 (ancienne nomenclature).

Le passage des fils est souvent difficile ou tout au moins assez délicat ; aussi conseillons-nous d'agir de la façon suivante :

On va saisir du bout d'une longue pince dans la profondeur du cul-de-sac un point du péritoine que l'on plisse en attirant à soi. De cette façon l'aiguille se présente d'aplomb sur le péritoine qu'on

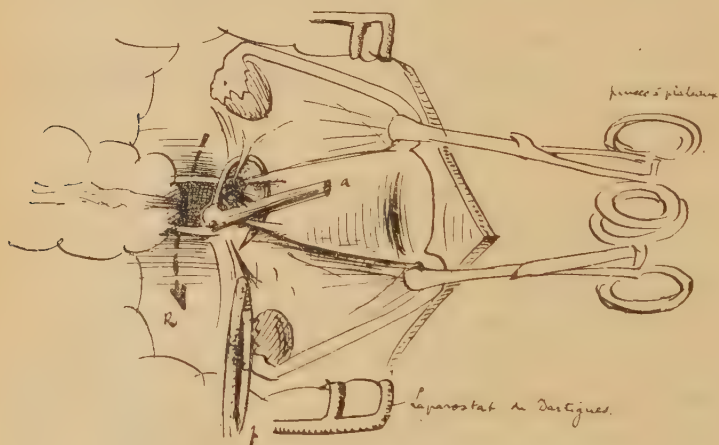


FIG. 3

Le 1^{er} surjet profond a déjà été noué.

On passe la partie antérieure ou première moitié du 2^e surjet avec l'aiguille à pédale (a) (de l'aide vers soi).

La partie postérieure du surjet sera faite à l'aiguille courbe de Reverdin (R).

N. B. — Quand le Douglas n'est pas très profond, on supprime le 1^{er} surjet profond uniquement sereux.

transperce sans peine, et sans crainte d'hématome sous-péritonéal par embrochement d'un vaisseau caché.

1^{er} ÉTAGE. — Pour le premier étage (le plus profond) le chirurgien prend l'aiguille courbe à pédale et procède *de l'aide vers soi*, sur la partie postérieure du cul-de-sac de Douglas.

Il va donc successivement embrocher (fig. 3).

— La base du ligament large droit, et en se faufile dans la gouttière latéro-rectale, il vient prendre la bandelette antérieure du rectum ; puis, allant le plus loin possible à droite, il prendra même (si c'est possible) *d'une seule aiguillée* le ligament large gauche (fig. 4).

Pour la portion antérieure du surjet les deux ligaments utéro-sacrés sont pris avec une Reverdin demi-courbe de droite à gauche (fig. 5).



FIG. 4



FIG. 5

On y accroche l'extrémité antérieure du catgut, pour compléter convenablement la bourse.

2^e ÉTAGE. — Ici on prend non plus la base mais la face postérieure des ligaments larges et en sui-

vant la même technique, on saisit la face postérieure du corps utérin à l'union du corps et de l'isthme (fig. 5 bis).

3° ÉTAGE. — Souvent, la distance qui sépare les organes est trop grande pour permettre un rapprochement complet en une seule bourse. Dans ce cas seulement on fera une suture par points ou groupes de points séparés.



FIG. 5 b s

Le surjet profond ferme le fond du cul-de-sac.

Le 2° surjet est au niveau de l'isthme.

Le 3° surjet (unique et complet ou multiple et partiel) est en regard du corps.

Mieux vaut, semble-t-il, ménager l'intégrité de la séreuse et ne pas faire de fermeture trop complète pour limiter la tension de la tente péritonéale, et ne pas en amener la rupture.

Disons de suite, que la fermeture de cette bourse de péritoine doit être progressive sous peine d'être trop brutale. Le serrage doit se faire à *bout de doigt*; et, en manœuvrant avec souplesse, on y parvient aisément.

Un fait intéressant mérite d'être signalé. Chez la plupart de nos opérées nous avons pu faire la remarque « de visu » du résultat immédiatement obtenu.

Sous l'influence du seul effacement du cul-de-sac-de-Douglas et du seul rehaussement du plancher pelvien rétro-utérin, on voit le corps de l'utérus se *redresser* de lui-même. Il se dresse de telle façon qu'il peut ainsi reprendre spontanément son anté-version normale et ce, sans cause extérieure, puisque les ligaments ronds n'ont pas été touchés (fig. 6).



FIG. 6

COUPE SCHÉMATIQUE

Le seul fait de suturer les ligaments utéro-sacrés oblige l'utérus à reprendre son anté-version physiologique, avant même le temps de la suspension par les ligaments ronds.

Cette véritable « érection utérine » nous a paru la signature manifeste du facteur mécanique que joue déjà le cloisonnement.

Mais ce qui importe, à notre avis, avant de terminer notre cloisonnement, c'est de ne jamais laisser d'ouverture, de petit récessus, où on puisse voir

pendre un ovaire, une trompe, une anse intestinale mal retenue.

Bien souvent, il nous a paru nécessaire de fixer même l'S iliaque de droite à gauche, comme dans le prolapsus rectal (technique du Professeur P. Duval).

De cette façon, toute faille est bien oblitérée, toute surface du Douglas est bien affrontée et les terminaisons nerveuses du péritoine pelvien sont définitivement à l'abri puisque les ovaires, les trompes, l'utérus comme l'intestin, reposent maintenant sur un plancher solide.

3° TEMPS. — On termine par l'un des procédés classiques. Habituellement, nous terminons nos pexies par un Doléris, simple ou modifié.

4° TEMPS. — Fermeture de la paroi sans drainage. Nous faisons, de préférence, la fermeture aux crins de Florence — soit crins en un seul plan, soit en deux plans (crins perdus et agrafes).

CHAPITRE V

Indications et Discussion de la méthode

Cette technique simple a des indications très spéciales.

Certes, on peut dire que presque toutes les rétroversions peuvent bénéficier de ce temps complémentaire :

Le cloisonnement s'impose évidemment dans les cas où le Douglas se trouve augmenté dans de très fortes proportions, et ceci dans un but purement dynamique. Mais l'indication formelle reste la lutte contre les *douleurs* de la ptose viscérale, et les *troubles sympathiques* qu'elle entraîne.

Le cloisonnement sera donc surtout indiqué

1° Chez les femmes jeunes et a fortiori chez les vierges où les tissus du périnée sont en parfait état et où aucun prolapsus ne pouvant être incriminé,

tous les troubles viennent certainement du Douglas.

2° Chez toutes les femmes chez lesquelles la symptomatologie douloureuse domine ; chez celles qui ont des douleurs anciennes et chez lesquelles se sont surajoutés des troubles sympathiques divers.

3° Chaque fois qu'au cours d'une intervention conservatrice du pelvis, on aura remarqué une cause possible d'irritabilité péritonéale : liquide citrin, ovaire et trompe adhérents ou prolabés, anse intestinale tombante, etc...

4° Rappelons enfin que chez la femme jeune l'éventualité d'une ou de plusieurs grossesses redouble l'intérêt d'une intervention dite *curatrice*. Cette question est, semble-t-il, une indication de plus à l'application de notre méthode.

Pour discuter maintenant de la valeur du procédé, il faut surtout se baser sur un grand nombre de cas. Les études que nous avons faites portent, nous l'avons dit, *sur une centaine de cas*. Mais surtout, ce qui à notre avis compte pour affirmer la valeur exacte de la méthode, ce sont les observations de malades revues à distance ; des années après leur cure de rétroversion.

Dans un cas même, il nous a été donné de faire sur une malade réopérée la *constatation anatomique à distance* du résultat obtenu.

Nous avons pu constater la suppression définitive du Douglas, d'où, partant, l'impossibilité matérielle de la chute du corps ou des annexes dans ce cul-de-sac.

L'utérus était placé en antéversion — position physiologique de l'organe.

L'ensemble de ce nouveau plancher, parallèle au plancher musculo-membraneux des releveurs qu'il renforce, paraissait supprimer l'effet néfaste de la poussée abdominale.

Les constatations anatomo-pathologiques d'une part, les résultats anatomiques du procédé d'autre part, semblent fournir des arguments suffisants s'opposant aux théories plus anciennes.

Certains auteurs attribuaient les troubles fonctionnels aux ovaires scléro-kystiques, hypothèse difficile à vérifier certes, mais qui en fait ne semblait pas valable dans tous les cas observés.

D'aucuns ont proposé, comme traitement, l'énervation de l'ovaire.

Cette intervention, d'une technique difficile, semble vouée à un résultat douteux. Il s'agit, en effet, de méthodes brutales ou aveugles qui donnent ordinairement des résultats très variables. Ne s'agit-il pas plutôt dans ces cas, de troubles de *statique* utérine, salpingienne ou ovarienne?

C'est ce que l'ensemble des faits a paru nous montrer.

Depuis que nous appliquons notre procédé, d'autres auteurs ont cherché à expliquer les causes des phénomènes observés.

Tout récemment, les arguments et les faits rapportés par Condamin viennent confirmer l'exactitude de notre interprétation.

Condamin a montré, en effet, ce qu'une épine irritative pouvait donner par lésion du plexus hypogastrique ou des filets nerveux que contiennent les ligaments utéro-sacrés.

A l'occasion de douglassites rétractiles, il signale en effet une symptomatologie d'ordre génital et réflexe (troubles digestifs multiples, état nauséux, état général précaire, manque d'appétit, crampes épigastriques, troubles du caractère), tous symptômes que nous relevons, isolés ou groupés, chez nos malades avant l'opération.

Nous nous séparons complètement, il est vrai, sur le point du traitement lorsqu'il envisage les sections sympathiques (section du nerf pré-sacré, sections des plexus hypogastriques, résections nerveuses péri-vasculaires, etc.....), interventions difficiles et aveugles comme le reconnaît l'un des protagonistes de la méthode : « sectionner le sympathique dans ces conditions revient à peu près à ligaturer une artère sans la dénuder ». (Cotte, in Condamin).

Néanmoins, retenons les constatations qu'il a faites. Elles nous intéressent énormément par l'appoint considérable qu'elles apportent à la confirmation de nos vues.

Un mot en terminant au sujet de l'influence sur la grossesse.

Nous avons, pour répondre, une observation — une seule il est vrai — mais qui tout de même a la valeur *d'un fait inédit*, à notre connaissance.

Non seulement l'innocuité paraît absolue et le cloisonnement a permis une grossesse à une femme antérieurement stérile ; mais bien plus, on peut se demander si chez une femme n'ayant pas eu une hystéropexie *parfaite et complétée*, la gravidité éventuelle, n'aurait pas pu amorcer une récurrence de rétro-version.

Le ramollissement physiologique des muscles et des ligaments de la parturiente aurait pu permettre à l'utérus gros et lourd, de retomber dans le Douglas, créant une incarceration pelvienne avec toutes les complications graves qu'elle entraîne.

Observations

Toutes les observations qui ont fait la base pratique et clinique de cette étude nous ont été aimablement communiquées par notre maître Gernez.

Outre celles recueillies par lui en ville, il a bien voulu nous communiquer une centaine de cas opérés par lui dans les hôpitaux de Paris, depuis 1919.

Parmi ce grand nombre d'observations que nous ne pouvons que mentionner, il nous a paru utile de relater les plus caractéristiques et surtout celles — les plus récentes — dont les comptes rendus étaient plus complets et les malades plus faciles à revoir.

OBSERVATION I

Mme B..., 39 ans, concierge.

Vient pour douleurs sacrées apparaissant le soir après la fatigue ou la moindre marche un peu longue.

Douleurs irradiées depuis quelque temps dans les cuisses et dans le domaine du crural.

Règles à peu près normales : un peu douloureuses et avec une avance de 4-5 jours environ. Rapports douloureux.

Vomissements et constipation opiniâtre.

Quelques modifications du caractère.

Céphalée, lipothymies sans syncope.

Bouffées de chaleur.

Quelques douleurs cystalgiques.

Antécédents. — Réglée à 14 ans. Régulièrement.

Une fausse-couche à 22 ans.

Pas d'enfant.

Examen. — Au toucher vaginal : grosse masse rénitente et douloureuse dans le cul-de-sac de Douglas.

Possibilité de réduction manuelle.

Opération 29 avril 1926.

Laparotomie sous-ombilicale.

Rétroversion avec annexite surtout marquée à gauche.

Le Douglas paraît augmenté en profondeur. Libération des adhérences, de l'annexe malade. On pratique un double cloisonnement du Douglas au catgut n° 1, suivant la technique habituelle.

Raccourcissement des ligaments ronds (Doléris). On termine par l'ablation de l'appendice au thermo.

Appendice long et grêle, sain en apparence et sur la coupe.

Paroi au fil de lin fin.

Revue le 1^{er} juin 1927 (un an et six semaines après).

La malade vient à la consultation hebdomadaire. Elle dit ne plus souffrir du tout et accuse spontanément un mieux généralisé.

Elle va régulièrement et quotidiennement à la selle sans laxatif, ni lavement comme auparavant.

Elle a augmenté de 3 kg. 500. Les urines sont normales.

OBSERVATION II

Mme S..., 20 ans, ménagère.

Jeune femme venant pour une dysménorrhée datant de 6

mois environ. Règles augmentées en fréquence (Réglée 2 fois par mois et en abondance).

La malade depuis quelque temps est obligée de s'aliter à l'approche de ses règles.

Douleurs spontanées, peu calmées par le décubitus ; rendant tout travail impossible. La moindre station debout donne à la malade des tiraillements pénibles qui l'inquiètent et rendent pour elle la vie intolérable.

Malade au caractère aigri. Neurasthénie.

Amaigrissement de plusieurs kilos depuis 6 semaines par inappétence et état nauséux prolongé. Pas de vomissements, ni alimentaires, ni bilieux.

Cette malade a une constipation opiniâtre qui semble augmenter de jour en jour. Plus pénible encore au moment des époques.

Hémorroïdes.

Céphalée dans la journée et le soir.

Insomnies. Rêves pénibles et fatigants.

Cauchemars et soubresauts musculaires.

T. V. : Masse prolabée dans le Douglas. Annexite concomitante.

T. R. : Il bombe dans le rectum une masse mollassse, réductible en partie.

Opération le 4 mai :

A l'incision on voit le corps utérin basculé dans le Douglas, on va à sa recherche et on réduit manuellement la rétroversion. Le dôme utérin est saisi à l'hystérolabe ; il est augmenté de volume, mou, congestif et l'hystérolabe le déprime fortement. Les annexes paraissent scléro-kystiques surtout à droite.

Dans ces conditions on fait un double cloisonnement du Douglas avec une ligature circulaire nouée en bourse.

Fixation antérieure des ligaments ronds suivant le procédé de Doléris-Richelot, après avoir pratiqué l'appendicectomie

au thermo avec enfouissement du moignon et plicature du cæcum suivant les bandelettes.

Revue six mois après. — A augmenté de poids. Va tout à fait bien, et peut reprendre convenablement ses occupations quotidiennes.

Elle va maintenant régulièrement à la selle, ne souffre plus de céphalées et a retrouvé sa bonne humeur et son entrain. Règles absolument normales et d'apparition régulière, tous les 28 jours.

Revue quinze mois après l'intervention.

Très bon état.

Ne souffre plus.

Peut accomplir des marches de 5 à 6 km. sans fatigue appréciable.

Examen : col haut situé ; utérus en bonne place.

Revue dix-huit mois après l'intervention. — Aucune douleur, aucune variation dans les règles ; sauf un arrêt depuis deux mois et demi.

Examen : GROSSESSE. Col ramolli, corps mou et augmenté de volume, perceptible dans tous les culs-de-sacs. Augmentation du volume des seins, aréole hyperpigmentée, saillie des tubercules de Montgomery.

N. B. — Signalons, en passant, la valeur de cette observation à un double point de vue :

1°) D'une part, la valeur des modifications fonctionnelles accusées spontanément par la malade un an et plus après son intervention. Les règles sont redevenues normales, les douleurs ont disparu, la malade a pu reprendre sa vie habituelle.

2°) D'autre part, au dernier examen un fait nouveau mérite d'attirer l'attention : LA GRAVIDITÉ.

Cette malade qui jusqu'alors *était restée stérile*, bien que mariée à 17 ans $\frac{1}{2}$, a pu avoir une grossesse, actuellement en évolution et qui semble devoir être menée à bien.

Les modifications gravidiques du col et du corps n'en ont pas modifié les rapports : les organes paraissent au toucher vaginal en position anatomique parfaite et le corps utérin ne semble pas vouloir se prolaber dans le Douglas, malgré une augmentation de poids du fait de la grossesse.

Nous nous permettons d'attirer ici l'attention sur ce point particulier pour en reparler plus longuement ailleurs, en en faisant un argument important de discussion.

OBSERVATION III

Mme L..., 34 ans, couturière.

Malade s'étant présentée à la consultation du service pour des ménorragies inquiétantes par leur abondance et leur répétition. Surtout importantes depuis 2 ou 3 mois, la malade ayant une avance de plus de 10 jours chaque fois. Anémie marquée.

Peu de troubles urinaires. Pas de troubles gastriques ni appendiculaires. Constipation nette, datant, il est vrai, de l'enfance.

Examen. — Col plaqué derrière la symphyse, corps perceptible et nettement douloureux dans le cul-de-sac postérieur.

Annexe gauche augmentée de volume, et douloureuse à la pression du doigt.

T. R. — Utérus basculé au niveau de son isthme. Le corps peut être repoussé, mais reprend sa position primitive.

Opération le 20 mai.

Incision médiane, sous-ombilicale. Le cul-de-sac de Douglas est comblé par le dôme utérin qui est légèrement adhérent. Adhérences ovariennes et salpingiennes. Les trompes et les ovaires sont également prolabés. Après rétablissement de la position normale de l'utérus, quelques gouttes de sérosité dans le Douglas, mais pas de pus.

Dans ces conditions on procède au double cloisonnement du Douglas par la fermeture en bourse au catgut n° 2.

Ligaments ronds fixés en avant, suivant la méthode habituelle.

Revue le 2 octobre (cinq mois après).

Depuis son opération, la malade ne se fatigue plus : elle fait 20 km. à pied. Cependant depuis quelque temps, dysurie et douleur en urinant (on fait un prélèvement en vue de la recherche du gonocoque).

Les règles viennent sans douleur, toutes les trois semaines. Constipation légère persistante.

T. V. — Organes en bonne place.

L'annexe gauche est un peu grosse et un peu douloureuse.

OBSERVATION IV

Mme M..., 35 ans, employée de banque.

Malade souffrant depuis plusieurs années de douleurs diffuses, mais peu intenses.

Surtout malaises mal définis avec état nauséux supprimant tout appétit. Pas de vomissements dans la règle. Parfois un ou deux vomissements alimentaires.

Ténésme sans horaire fixe.

Les règles sont normalement abondantes avec quelques jours d'avance, légèrement douloureuses. Le lit et le repos dans le décubitus ne les calment pas.

Les vomissements redoublent un jour avec une crise abdominale douloureuse, si bien qu'un médecin appelé d'urgence pose le diagnostic d'empoisonnement.

Les urines ne présentent ni sucre, ni albumine.

Par contre, prédominance marquée des troubles du caractère ; modifications importantes de la personnalité. La malade dit elle-même être devenue méchante, désagréable, disputant les siens pour des raisons futiles, instable d'une heure à l'autre dans ses volontés ou ses désirs.

Insomnies la nuit et cauchemars atroces avec sensation pénible et tristesse au réveil.

Céphalée intense, gravative, en casque ; survenant à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, ne cédant pas aux analgésiques usuels. Bouffées de chaleur après les repas, accompagnées une ou deux fois d'une tendance syncopale.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans, les règles étaient difficiles, avec quelques jours d'avance.

Fausse-couche de 6 mois en 1921. Curettage.

Fille née vivante le 29-X-1923. Elle est bien conformationnée, accouchement normal à terme. Placenta normal et normalement expulsé.

Enfant nourrie au sein pendant les six premiers mois.

Depuis cette grossesse (3 ans $\frac{1}{2}$), malaise jamais intense, mais progressif. Tous les 2-3 mois, recrudescence de l'état nauséux, du vomissement, faisant croire à tort au diagnostic d'appendicite qui est également porté en dernier lieu.

Examen. — Bonne paroi abdominale.

Bon périnée. Pas de prolapsus.

T. V. — Col en avant et un peu bas ; corps basculé et accessible par le cul-de-sac postérieur du vagin.

Pas d'annexe perceptible.

Opérée le 24 mai.

Incision sus-pubienne.

L'appendice apparaît de suite. Ablation au thermo avec enfouissement au fil de lin.

Redressement manuel de l'utérus. Douglas profond, mais libre d'adhérences. Cloisonnement en deux plans au surjet de catgut.

Fixation des ligaments ronds aux deux droits. Fermeture en un seul plan aux crins de Florence.

Revue quatre mois après : T. V. utérus en place normale, haut situé, ne basculant pas en arrière.

Amélioration considérable des troubles du caractère. Règles moins douloureuses, ayant repris un rythme régulier et dont l'approche ne nécessite plus un repos au lit.

OBSERVATION V

Mme P..., 29 ans, couturière.

Malade venue consulter dans le service pour des douleurs abdominales et des métrorragies.

La constipation semble plus opiniâtre depuis quelque temps et, jointe à une sensation de plénitude gastrique, elle supprime tout appétit chez la malade qui a maigri de 6 kg.

Examen : Col haut placé et basculé, au niveau du bord supérieur de la symphyse. Col dur, petit, bien fermé.

Corps molasse, douloureux et fortement prolabé.

Annexe gauche légèrement perceptible et un peu douloureuse.

T. R. — Sensation nette de bascule du corps utérin, immobile, semblant fixé dans le Douglas et ne paraissant pas réductible manuellement.

Opération le 3 juin.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Redressement de l'utérus, fixation des ligaments ronds (Doléris).

Le Douglas ne paraissant pas particulièrement profond *on ne juge pas nécessaire de procéder* au double cloisonnement.

Fermeture en un seul plan.

Revue le 15 décembre.

Règles peu abondantes, douloureuses le 1^{er} et le 2^e jours. Cependant la malade souffre beaucoup moins des reins qu'avant l'opération.

T. V. — L'ovaire gauche semble très nettement augmenté de volume. Il est très haut situé et très près de la paroi abdominale.

Revue le 9 mars. — La malade a eu plusieurs séances de rayons U. V. par le D^r Dufour (le nombre exact de séances n'a pu être précisé).

Elle a noté une amélioration insensible, elle souffre toujours depuis.

N. B. — Au cours de nos recherches dans les observations et les comptes rendus opératoires du service de notre maître, nous avons retenu volontairement cette observation qui paraît dépasser le cadre de la question puisqu'il y a eu simplement pexie par les ligaments ronds sans fermeture en bourse du Douglas.

Sans vouloir, en effet, trop généraliser, il est frappant de mettre en parallèle cette observation avec les précédentes.

Certains symptômes se sont en effet amendés du fait de l'hystéropexie simple. En particulier, les troubles des règles ; bien qu'une dysménorrhée é-

gère permette de penser à la possibilité d'une amorce de récédive.

D'autres symptômes ont été moins favorablement influencés. C'est ainsi que les douleurs ont persisté aux deux examens à distance qu'il nous a été donné de relever.

Aussi, sans ne préjuger d'aucune pathogénie, semble-t-il intéressant tout de même, de confronter de tels cas.

OBSERVATION VI

Mme G..., 40 ans, ménagère.

Femme venue consulter à plusieurs reprises pour des douleurs sacrées sans modification des urines.

Troubles des règles, mis à tort sur le compte de la ménopause.

Troubles psychiques traités déjà par de nombreuses médications, en particulier traitement opothérapique resté sans effet.

Examen. — *Au toucher vaginal*, utérus haut, col difficilement accessible, même « à bout de doigt », corps basculé en arrière, gros et un peu douloureux.

L'intervention est conseillée.

Opération le 24 mai.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'examen des annexes montre un volumineux hydrosalpinx avec des adhérences aux anses intestinales et au recto-sigmoïde.

Libération des trompes. Salpingotomie à droite.

Cloisonnement étagé du Douglas par *triple* fermeture (profondeur exagérée).

Pexie par les deux ligaments ronds (Doléris).

Paroi aux crins. Agrafes.

Malade revue 3 mois après.

Règles normales, normalement abondantes et indolores.

T. V. — Utérus en bonne place.

Annexe à peine perceptible.

Périnée intact.

OBSERVATION VII

Mme J..., 30 ans, ménagère.

Vient consulter pour des douleurs persistantes de la région lombo-sacrée. Règles plus abondantes et plus fréquentes que normalement. Tous les mois, la malade accuse une avance d'une dizaine de jours environ.

Etat nauséux et quelques vomissements au moment des crises douloureuses (prises à tort pour des crises appendiculaires).

Constipation opiniâtre, difficile à combattre par un autre moyen que par des purgatifs fréquemment répétés.

Les douleurs abdominales provoquées à la palpation sont situées au niveau de l'hypogastre et des deux fosses iliaques. Ces douleurs peuvent apparaître spontanément à la marche prolongée ou à l'effort.

Les rapports sont très pénibles. Cette femme a observé, en outre, des troubles sérieux du côté du caractère. Fréquentes disputes, souvent sans motif plausible ; « idées noires », idées de suicide à plusieurs reprises.

Réglée à peu près normalement à l'âge de 12 ans et demi. Mariée à 22 ans. Une fausse-couche. Pas d'enfant.

Depuis deux ans, augmentation progressive des malaises.

Examen. — Au toucher vaginal, le col est normal, un peu

plus antérieur toutefois que normalement. Le corps utérin ne paraît pas très basculé.

Dans le cul-de-sac droit, annexe perceptible, douloureuse, manifestement malade.

Le repos et la glace ayant fait refroidir les lésions sans les guérir complètement, l'intervention est jugée nécessaire.

Intervention le 13 février 26.

Incision médiane sous-ombilicale.

L'ovaire droit est adhérent à la corne utérine du même côté. Dans ces conditions, ablation des annexes à droite.

Appendicectomie au thermo et enfouissement au catgut n° 00.

Double cloisonnement du Douglas très profond.

Fermeture sans drainage.

Malade revue le 6 mai 1926. La malade revient consulter parce qu'elle perd depuis 9 jours.

Hémorragie d'abondance progressive.

T. V. — L'ovaire gauche semble collé à la paroi latérale du pelvis et est assez nettement douloureux.

Les douleurs et les hémorragies n'ayant pas cessé, on décide le 17 juin 1926 UNE DEUXIÈME INTERVENTION.

Intervention du 17 juin 1926 (2^e intervention).

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus apparaît normal, dressé debout dans la cavité pelvienne.

A gauche, grosse masse salpingo-ovarienne adhérente au sigmoïde.

L'annexe droite ayant déjà été enlevée, on décide l'hystérectomie.

Hystérectomie subtotala par section du ligament rond et de l'utérine droite, puis du col.

Libération de la masse salpingienne de bas en haut. Ligature difficile de l'utérine : saignement en nappe de la base du ligament large gauche. Péritonisation impossible. Mickulicz avec trois mèches et deux drains.

Fermeture de la paroi en trois plans au catgut et aux crins de Florence.

23 février. — Bon état de l'abdomen. Etat général un peu défectueux. Douleur et tuméfaction du genou droit. La ponction ne ramène pas de liquide. Wassermann négatif.

23 mars. — A engraisé de 2 kilos en un mois.

Les genoux plient beaucoup mieux et ne sont plus douloureux. Depuis le traitement opothérapique ovarien, plus de bouffées de chaleur. Il persiste seulement une transpiration un peu plus abondante qu'auparavant, la nuit surtout.

N. B. — Nous nous arrêterons un peu plus longuement sur cette observation du fait que par une deuxième intervention pratiquée 4 mois après la fermeture étagée en bourse du Douglas, on a pu constater « de visu », *sur la femme vivante*, les *résultats anatomiques* du procédé et leur répercussion favorable sur le maintien de la statique utérine.

Au cours de la deuxième intervention, il a été permis d'observer la constitution définitive d'un diaphragme pelvien obturant complètement le Douglas, véritable plancher fibreux de soutènement, solide à la pression du doigt et suffisant à lui seul à maintenir le corps utérin en bonne place.

En effet, à l'ouverture du ventre, l'utérus se présentait en anté-flexion physiologique, dressé sur son isthme et sans tendance aucune au prolapsus ni à la version. Or, précisément la première intervention n'avait nullement touché aux ligaments ronds.

C'est donc uniquement par le cloisonnement du

Douglas qu'on était parvenu à réaliser une cure suffisante et durable de la rétroversion légère, constatée lors de la première opération.

Cette vérification *anatomique* qu'il nous a été donné de faire, grâce à un hasard de circonstances, nous semble être le meilleur argument qui puisse venir soutenir notre thèse. Il montre les résultats, chez la femme vivante et prend, de ce fait même, une importance autrement considérable que tous les résultats nécropsiques qui pourraient être rapportés.

En second lieu, cette double observation nous montre que :

1°) La première lésion annexielle siégeant à droite adhérait à la corne utérine et l'ovaire malade prolabaient nettement dans le Douglas. Or cette malade était venue consulter, la première fois, essentiellement pour un signe : *la douleur*.

2°) La deuxième lésion annexielle était semblable à gauche, après le cloisonnement du Douglas. Or la seconde fois la malade n'était venue que pour des hémorragies ; l'hémorragie étant là en effet le symptôme inquiétant et les douleurs n'offrant aucun caractère d'acuité.

Cette constatation ne nous surprend nullement. Elle est, au contraire, tout à fait en accord avec ce que nous pensions des symptômes subjectifs dus au tiraillement d'un Douglas trop profond et rempli d'organes prolabés.

Les douleurs lombo-sacrées ou mieux sacrées, accusées par ces malades, nous ont paru presque pathognomoniques. Elles sont situées beaucoup plus bas que les douleurs salpingiennes sans prolapsus annexiel.

Chez les femmes qui accusent des douleurs postérieures, basses, nettement sacrées, on peut être, à peu près certain, de trouver un Douglas très profond et rempli, donc irrité.

OBSERVATION VIII

Mme T..., 39 ans, femme de chambre.

Vient demander conseil pour des douleurs qu'elle rapporte à une affection gastrique.

La perte d'appétit et l'amaigrissement l'inquiètent, surtout depuis quelque temps.

Les règles sont irrégulières, un peu abondantes et légèrement douloureuses. Quelques troubles du caractère.

Examen. — Le toucher vaginal montre un col utérin plaqué contre la face postérieure de la symphyse.

Le corps est basculé en arrière, prolabé dans le Douglas.

La malade a eu deux grossesses et le périnée se laisse facilement déprimer. La fourchette s'abaisse facilement à la pression des doigts. En faisant pousser la malade, on voit se dérouler partiellement la paroi postérieure du vagin. Le col apparaît à la vulve.

Intervention le 5 novembre 1926.

1°) CURE DE LA RÉTROVERSION.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus et les annexes sont attirés en haut. Cloisonnement du Douglas sui-

vant la technique habituelle. Hystéropexie par les ligaments ronds suivant le procédé de Doléris.

Fermeture de la paroi aux crins perdus. Agrafes sur la peau.

2°) CURE DE PROLAPSUS.

Périnéorrhaphie postérieure suivant la technique par avivement, sans disséquer les releveurs.

Malade revue le 12 janvier 1927.

Ne souffre plus de l'estomac. Mange absolument de tout. Souffre encore au niveau des lombes ; aussi bien en marchant qu'en restant couchée. Va régulièrement à la selle.

Règles décalées. Souffre dans la région abdominale à droite.

Revue le 16 mars 1927.

Cicatrice excellente. Marche facilement et longtemps, ce qu'elle ne pouvait pas faire auparavant.

Revue le 23 mars 1927.

Douleurs persistantes dans l'hypocondre droit. Est envoyée à M. le Dr Dufour, qui pense à un point vésiculaire.

Revue le 18 mai 1927.

Se plaint de coliques à droite, survenues, dit la malade, après un surmenage (elle avait encaustiqué un parquet).

On ne trouve rien à la palpation de l'abdomen.

Elle a engraisé de 3 kilos.

On lui donne quelques alcalins.

Revue le 15 juin 1927.

Le périnée est en excellent état. Elle semble avoir encore quelques douleurs au niveau des trompes sans que celles-ci ne soient perceptibles au toucher.

Conclusions

De l'étude que nous venons de faire et de l'ensemble des résultats à distance que nous avons pu observer par l'application du procédé à une centaine de cas, il semble que l'on puisse conclure :

1°) Anatomiquement le cloisonnement étagé du Douglas, joint à l'hystéropexie semble rétablir la situation normale en anté-version de l'utérus, avant même le temps de la suspension ligamentaire. Il remonte le rectum, forme un plancher solide sur lequel reposent ovaires et trompes et empêche la descente des anses grêles dans le Douglas ; il supprime, de ce fait, l'irritation du péritoine pelvien par le contact prolongé de ces organes. Il empêche la poussée abdominale de s'exercer dans le sens de l'axe du vagin.

2°) Pratiquement la réalisation en est extrêmement simple, sans matériel spécial ; et d'une grande rapidité d'exécution.

Les soins pré et post-opératoires n'en sont, eux-mêmes, nullement modifiés.

3°) Cliniquement, cette méthode répond à une amélioration indiscutable et donne des résultats plus satisfaisants, semble-t-il, que la seule hystéropexie par les ligaments.

4°) A distance, les résultats sont tout à fait encourageants : il y a suppression de la dysménorrhée et surtout des douleurs sacrées et des troubles sympathiques.

5°) Du point de vue obstétrical, la preuve paraît faite du bien-fondé de cette méthode et de son innocuité absolue, par la possibilité d'une grossesse ultérieure et par le bon développement de l'utérus gravide sans aucune complication durant la gestation.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

FAURE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

Bibliographie

1. CONDAMIN. — Dysménorrhée dite essentielle dans ses rapports avec la Douglassite. — *Lyon-Médical*, 1927.
 2. CONDAMIN. — Douglassite et appendicectomie. — *Lyon-Chirurgical*, 1927.
 3. MARION. — *Revue gynécolog. et chirurgie abdominale*, 1909, p. 465.
 - 4. ROUSSEAU (Ch.). — Th. de Paris, 1909.
-

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette